

Titolo articolo / Article title:

COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA: uno studio esplorativo sulle sfide e opportunità per i professionisti della riabilitazione.

Autori / Authors: Simone Sottana, Andrea Vianello, Matteo Tognin, Deborah Mazzarotto, Marco Ceccato, Daria Visintin, Riccardo Martignon, Francesca Magaton Rizzi, Noemi Pasquon, Lucia Savietto.

Pagine / Pages: 82-124, N.2, Vol.8 - 2024

Submitted: 29 August 2024 – *Revised:* 4 September 2024 – *Accepted:* 20 November 2024 – *Published:* 22 December 2024

Contatto autori / Corresponding author: Simone Sottana,

simone.sottana01@gmail.com



Opera distribuita con Licenza Creative Commons.
Attribuzione – Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale.

Open Access journal – www.ojs.unito.it/index.php/jbp – ISSN 2532-7925

Questa Rivista utilizza il [Font EasyReading®](https://www.easyreading.com/), carattere ad alta leggibilità, anche per i dislessici.

Periodico per le professioni biomediche e sanitarie a carattere tecnico - scientifico – professionale

Rivista scientifica ideata e fondata da / Scientific journal founded by:

Francesco Paolo SELLITTI

Direttore responsabile / Editor in chief: Francesco Paolo SELLITTI

Direzione di redazione / Editorial management: Ilaria STURA, Elisa PICCOLO, Domenico Riccardo CAMMISA.

Comitato di redazione / Editorial team:

Simone URIETTI, Elena DELLA CERRA, Luciana GENNARI,
Patrizia GNAGNARELLA, Alessandro PIEDIMONTE, Luca

Editors: CAMONI, Claudio POBBIATI, Ilaria STURA, Cristina POGGI,
Antonio VEROLINO, Elisa PICCOLO, Domenico Riccardo
CAMMISA, Irene NIERI, Alessia BORRELLI, Jonathan NORA.

Journal manager e ICT Admin: Francesco P. SELLITTI, Simone URIETTI.

Book manager: Francesco P. SELLITTI

Graphic Design Editor: Francesco P. SELLITTI, Simone URIETTI, Alessia BORRELLI,
Jonathan NORA.

Comitato scientifico / Scientific board:

Dott. Anna Rosa ACCORNERO
Prof. Roberto ALBERA
Dott. Massimo BACCEGA
Dott. Alberto BALDO
Prof. Nello BALOSSINO
Prof. Paolo BENNA
Prof. Mauro BERGUI
Dott. Salvatore BONANNO
Prof. Ezio BOTTARELLI
Prof. Gianni Boris BRADAC
Dott. Gianfranco BRUSADIN
Dott. Luca CAMONI

Prof. Alessandro CICOLIN
Dott. Laura DE MARCO
Dott. Patrizio DI DENIA
Dott. Chiara FERRARI
Prof. Diego GARBOSSA
Dott. Luciana GENNARI
Dott. Ramon GIMENEZ
Prof. Caterina GUIOT
Dott. Vincenzo INCHINGOLO
Prof. Leonardo LOPIANO
Dott. Giovanni Malferrari
Prof. Alessandro MAURO

Prof. Daniela MESSINEO
Dott. Sergio MODONI
Dott. Alfredo MUNI
Dott. Grazia Anna NARDELLA
Dott. Christian PARONE
Prof. Lorenzo PRIANO
Dott. Fabio ROCCIA
Dott. Carlo SCOVINO
Dott. Saverio STANZIALE
Dott. Lorenzo TACCHINI
Prof. Silvia TAVAZZI
Dott. Irene VERNERO

Radiologia, medicina nucleare, radioterapia, fisica medica / Radiology, nuclear medicine, radiotherapy, medical physics

1	<p><i>Applicazione del Workload Indicators of Staffing Need (WISN) per la stima del fabbisogno di Tecnici Sanitari di Radiologia Medica in una Struttura di Diagnostica per Immagini italiana.</i></p> <p><i>Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method to determinate the staffing needs of Radiographers within an Italian Radiology Department.</i></p>
	<p>Domenico Riccardo Cammisa, Francesca Fortunato, Antonio Alemanno, Rosetta D’Andria, Federica Guglielmi.</p>

Scienze sanitarie della riabilitazione e Clinica medica / Health care sciences in rehabilitation and clinical medicine

19	<p><i>Valutazione della fatica in pazienti affetti da Long Covid: valutazione delle qualità psicometriche della Fatigue Severity Scale (FSS).</i></p> <p><i>Assessment of fatigue in Long Covid patients: evaluation of psychometric qualities of the Fatigue Severity Scale (FSS).</i></p>
	<p>Matteo Tamburlani, Tiziana Trequattrini, Simona Rossi, Maria Cristina Zappa, Rossana Cuscito, Leonardo Papi, Arianna Colelli, Giovanni Galeoto, Ilenia Ruotolo, Fabrizio Ciaralli, Annamaria Servadio.</p>
31	<p><i>PDPA BPCO-R Indicatori di processo e di esito nel percorso di presa in carico dei pazienti con malattia respiratoria: studio osservazionale.</i></p> <p><i>Care Pathways COPD-R Process and outcome indicators in the management of patients with respiratory disease: observational study.</i></p>
	<p>Matteo Tamburlani, Tiziana Trequattrini, Simona Rossi, Maria Cristina Zappa, Rossana Cuscito, Giovanni Galeoto, Fabrizio Ciaralli, Annamaria Servadio.</p>
54	<p><i>L’approccio multidisciplinare al trattamento del dolore cronico pediatrico: analisi qualitativa mediante focus group.</i></p>
	<p>Aldana Paola Ercolano, Sabrina Galvan, Tessa Louise Marchesan, Alessia Gavioli, Gerardo Papa, Mariarita Todaro, Lidia Berforini D’Aquino, Alessia Zanatta, Andrea Vianello.</p>
68	<p><i>The multidisciplinary approach to the treatment of paediatric chronic pain: a qualitative analysis through focus groups.</i></p>
	<p>Aldana Paola Ercolano, Sabrina Galvan, Tessa Louise Marchesan, Alessia Gavioli, Gerardo Papa, Mariarita Todaro, Lidia Berforini D’Aquino, Alessia Zanatta, Andrea Vianello.</p>

Periodico per le professioni biomedico-sanitarie a carattere tecnico - scientifico – professionale

SOMMARIO / TABLE OF CONTENTS V. 8, N. 2 – 2024

Scienze sanitarie della riabilitazione e Organizzazione aziendale / Rehabilitation health sciences and Management

82	<i>COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA: Uno studio esplorativo sulle sfide e opportunità per i professionisti della riabilitazione.</i>
	Simone Sottana, Andrea Vianello, Matteo Tognin, Deborah Mazzarotto, Marco Ceccato, Daria Visintin, Riccardo Martignon, Francesca Magaton Rizzi, Noemi Pasquon, Lucia Savietto.
125	<i>INTERPROFESSIONAL COLLABORATION AND HEALTHCARE ORGANIZATION: an exploratory investigation into the challenges and opportunities for rehabilitation professionals.</i>
	Simone Sottana, Andrea Vianello, Matteo Tognin, Deborah Mazzarotto, Marco Ceccato, Daria Visintin, Riccardo Martignon, Francesca Magaton Rizzi, Noemi Pasquon, Lucia Savietto.

COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA: uno studio esplorativo sulle sfide e opportunità per i professionisti della riabilitazione.

Simone Sottana^{1,2}, Andrea Vianello³, Matteo Tognin⁴, Deborah Mazzarotto⁵, Marco Ceccato⁶, Daria Visintin⁷, Riccardo Martignon⁸, Francesca Magaton Rizzi⁷, Noemi Pasquon⁹, Lucia Savietto¹⁰.

¹ Centro Socio Riabilitativo Educativo (C.S.R.E.) Latisana (UD), Italy;

² Consorzio Assistenziale Medico Psico Pedagogico (C.A.M.P.P.) - Cervignano del Friuli (UD), Italy;

³ UOC Fisiopatologia Respiratoria, Ospedale-Università di Padova, Padova (PD), Italy;

⁴ UOC Ser.D Alta e Bassa Padovana, Sede di Monselice (PD), Azienda ULSS6 Euganea, Italy;

⁵ UOC Medicina Fisica e Riabilitazione Azienda Ulss4 Veneto Orientale, San Donà di Piave (VE), Italy;

⁶ UO Riabilitazione 1- Villa Igea, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari trentini, Trento, Italy;

⁷ Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina - ASUGI, Trieste, Italy;

⁸ Centro Riabilitativo "La Fenice", Venezia, Italy;

⁹ Traduttrice Indipendente, Torre di Mosto (VE), Italy;

¹⁰ "Il Colore Viola ONLUS" - Rossano Veneto (VI), Italy.

Contatto autori: Simone Sottana - simone.sottana01@gmail.com

Come citare / How to Cite:

Sottana, S., Vianello, A., Tognin, M., Mazzarotto, D., Ceccato, M., Visintin, D., ... Savietto, L. COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA: uno studio esplorativo sulle sfide e opportunità per i professionisti della riabilitazione. *Journal of Biomedical Practitioners*, 8(2). <https://doi.org/10.13135/2532-7925/11366>

N. 2, Vol. 8 (2024) - 82:124

Submitted: 29 August 2024

Revised: 4 September 2024

Accepted: 20 November 2024

Published: 22 December 2024

Think green before you print



Distribuita con Licenza Creative Commons. Attribuzione - Condividi 4.0 Internazionale

RIASSUNTO

INTRODUZIONE

Nel contesto italiano, la collaborazione interprofessionale nel settore della riabilitazione ha acquisito notevole rilievo negli ultimi cinque anni, sottolineando l'efficacia di un approccio collaborativo nel trattamento dei pazienti con disabilità complesse.

Il riconoscimento di otto professioni della riabilitazione delle L/SNT2 ha gettato le basi per un modello di cura incentrato sul paziente e multiprofessionale. Tuttavia, mancano studi dettagliati che esplorino come la collaborazione interprofessionale sia percepita e attuata in Italia, lasciando un significativo vuoto nella letteratura e presentando numerose opportunità per future ricerche.

OBIETTIVO

Questo studio mira a colmare questo vuoto esplorando la percezione della collaborazione interprofessionale tra i professionisti sanitari, identificando barriere e facilitatori alla collaborazione efficace e valutando l'impatto dell'educazione al lavoro in team previsto nel modello di cura interprofessionale.

MATERIALI E METODI

Utilizzando metodologie qualitative, specificamente Gruppi di Discussione e Teoria Fondata, sono state analizzate le esperienze condivise di un gruppo di professionisti all'interno dell'Università Degli Studi di Padova. Questa analisi ha facilitato la generazione di teorie basate sui dati, fornendo dettagli approfonditi sulle dinamiche interprofessionali.

RISULTATI

I risultati evidenziano l'importanza critica della collaborazione interprofessionale e del lavoro di squadra interdisciplinare, mostrando la necessità di migliorare la comunicazione e la condivisione delle conoscenze per ottimizzare l'assistenza ai pazienti. Le priorità emergenti includono la formazione incentrata sulla collaborazione e l'adattamento organizzativo per gestire la complessità e le risorse limitate, suggerendo un'espansione dei modelli di collaborazione e una riorganizzazione degli ambienti di riabilitazione.

L'analisi ha sottolineato la complessità della collaborazione interprofessionale come realtà in continua evoluzione, che necessita dello sviluppo di strategie educative e organizzative che superino le barriere esistenti e valorizzino la diversità professionale.

CONCLUSIONI

In **conclusione**, la collaborazione interprofessionale è essenziale per un approccio riabilitativo efficace e centrato sul paziente, evidenziando la necessità di politiche sanitarie che incoraggino pratiche interdisciplinari innovative.

Lo studio conferma l'importanza della collaborazione interprofessionale nel migliorare l'assistenza ai pazienti, promuovendo una comunicazione e collaborazione efficace tra le varie discipline sanitarie nel contesto della riabilitazione.

Parole chiave: Organizzazione; Interprofessionalità; Riabilitazione; Collaborazione; Politiche sanitarie.

INTRODUZIONE

L'interprofessionalità nel settore della riabilitazione in Italia ha subito un'evoluzione significativa negli ultimi quindici anni, riflettendo un processo di professionalizzazione avanzato nelle figure sanitarie non mediche. Questo sviluppo si inserisce in un contesto in cui l'autonomia e la specializzazione delle diverse professioni sanitarie vengono sempre più riconosciute e valorizzate.

In Italia, le professioni sanitarie non mediche sono suddivise in diverse categorie, tra cui quelle riabilitative. Le professioni sanitarie della riabilitazione sono state definite con il DM sanità 29/3/2001 [1].

Attualmente, il paese riconosce 8 diverse professioni nel campo della riabilitazione. Queste includono fisioterapisti, logopedisti, ortottisti, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, podologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, terapisti occupazionali e educatori professionali.

Nella presa in carico del paziente che necessita di un intervento riabilitativo possono intervenire più professionisti che sono chiamati a lavorare in team, condividendo i principi dell'intervento rappresentati nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) [2].

Il gruppo di lavoro deve essere infatti costruito in relazione agli obiettivi specifici della singola persona assistita e senza escludere prioritariamente alcune figure professionali. Il paziente, il contesto familiare, inclusa la presenza di un caregiver, sono da considerare al centro del processo di cura.

Il modello operativo del gruppo di lavoro in riabilitazione, in particolare per i pazienti con disabilità complesse, risulta per eccellenza interprofessionale, ovvero incentrato sulla partecipazione di diverse figure, con ambiti di intervento integrati in cui i confini professionali risultano flessibili, e basato su programmi guidati dal progetto (top-down).

Questa tipologia di approccio permette di affrontare le diverse aree di problematicità, garantendo un trattamento complessivo e personalizzato il cui risultato finale viene inteso come prodotto dell'unione dei singoli interventi e pertanto valutato in termini di outcome globale [2].

La letteratura internazionale sull'interprofessionalità in ambito sanitario (la cosiddetta inter-professional care) è ormai molto vasta. Esistono riviste scientifiche (ad es. Journal of inter-professional care o Journal of interprofessional education & practice) che si occupano specificatamente di questo tema.

Gli studi svolti sinora si sono concentrati soprattutto sui diversi fattori che potrebbero contribuire ad accrescere la pratica collaborativa tra le professioni sanitarie e, in particolare, sul processo educativo, centrale nel promuovere la spinta alla cultura collaborativa in ambito sanitario e nel vincere i pregiudizi legati alle diverse culture professionali, sui meccanismi istituzionali (modelli di governance delle strutture sanitarie, protocolli strutturati, etc.), nonché sulle politiche organizzative e ambientali (politiche di risoluzione dei conflitti, processi di decision making condivisi, strategie di comunicazione interprofessionale, gestione e condivisione degli spazi) [3; 4; 5].

Nonostante la rilevanza della tematica, l'interprofessionalità in ambito sanitario nel territorio italiano è stata ancora poco studiata dalla ricerca sociologica [ad es. 6; 7].

Tenuto conto di ciò, il presente studio prende origine da un confronto emerso in ambito didattico all'interno del corso "Metodologia della Ricerca in Riabilitazione" del secondo anno del Corso di Laurea di Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie (A.A. 2023-2024) dell'Università Degli Studi di Padova. Il corso è riservato ai professionisti sanitari provenienti dalle otto discipline della riabilitazione.

In quanto riabilitatori è emersa, dalla nostra esperienza lavorativa, la necessità di sviluppare la tematica del lavoro in team riabilitativo interdisciplinare riunendo i molteplici background di ogni attore coinvolto.

OBIETTIVO

Il gruppo di lavoro ha indagato, attraverso la condivisione della propria esperienza professionale, i seguenti obiettivi:

- *Come i professionisti sanitari percepiscono l'interprofessionalità?*
- *Quali sono le barriere e i facilitatori per una collaborazione efficace tra le diverse professionalità?*
- *Quali sono le implicazioni della formazione sull'interprofessionalità?*

Tali domande sono risultate oggetto di indagine mediante una ricerca qualitativa che ha utilizzato come metodo il *Focus Group*.

MATERIALI E METODI

È stato scelto uno studio qualitativo utilizzando la metodica del *Focus Group* per approfondire e comprendere le opportunità e i limiti del modello “*interprofessional care*”, che vi sono nel contesto sanitario italiano attuale (dicembre 2023), nello specifico quello riabilitativo. Il Focus Group è stato usato come strumento per approfondire gli aspetti positivi/negativi della collaborazione interprofessionale nel contesto riabilitativo e per esplorare atteggiamenti, opinioni, aspettative, suggerimenti dei soggetti coinvolti.

Seguendo le linee guida “Standards for Reporting Qualitative Research” (SRQR) l’approccio scelto è stato pragmatico ed induttivo, guidato dall’analisi di domande guida [8].

Sono state analizzate le risposte a 13 domande, concordate durante il corso di studio in Metodologia della Ricerca in Riabilitazione.

Le domande guida sono state poste dal moderatore e discusse nel corso di due diverse consultazioni a breve distanza di tempo (vedi Tabella 1 - *Domande guida strutturate per i partecipanti*). Non vi erano barriere linguistiche tra i partecipanti.

Non sono stati erogati finanziamenti o sponsorizzazioni per la redazione dello studio.

Argomento	Tempo	Domanda
Regole di condotta	10 min	Quali sono le regole per la buona comunicazione da seguire durante la discussione?
Presentazione candidati	10 min	Nome? Da dove provieni? Luogo di lavoro? Esperienze passate lavorative degli ultimi 5 anni? Titolo di studio conseguito?
Introduzione	10 min	Siete soddisfatti di far parte di questo gruppo di studio?
Scaletta	200 min	<ol style="list-style-type: none"> 1 Cosa si intende per interprofessionalità tra i riabilitatori? 2 Il modello dell’interprofessionalità su quali basi si deve fondare? (modello centrato su partecipazione, ambiti di intervento integrati e confini professionali flessibili) 3 Quali sono i punti di forza e debolezza nella collaborazione interprofessionale? 4 Quali sono le analogie e le differenze tra le varie professioni in ambito formativo?

		<p>5 Quali sono le analogie e le differenze tra le varie professioni nella pratica clinica?</p> <p>6 Qual è l'influenza del modello olistico nell'interprofessionalità sanitaria-riabilitativa?</p> <p>7 Quali sono le principali strategie che possono essere attuate per favorire l'interprofessionalità?</p> <p>8 È fattibile il lavoro di gruppo tra tutti i professionisti sanitari della riabilitazione?</p> <p>9 In ambito riabilitativo si parla la stessa lingua? O vi sono problematiche comunicative intrinseche nelle varie professionalità?</p> <p>10 È possibile integrare i diversi punti di vista professionali nell'ottica di una cura centrata sul paziente a livello clinico?</p> <p>11 Come è possibile bilanciare il piano organizzativo con il benessere del paziente?</p> <p>12 È necessaria la presenza del case manager? Che tipo di figura deve essere?</p> <p>13 Quali sono le prospettive e sfide future della collaborazione fra diversi operatori della riabilitazione?</p>
Conclusione	30 min	Di tutto ciò che è emerso dalla nostra discussione, che cosa vorresti dire di importante per concludere il nostro discorso e cosa vorresti portare con te?

Tabella 1 - Domande guida strutturate per i partecipanti

Profilo partecipanti

Il focus group include otto partecipanti. Il moderatore è stato scelto in ragione delle sue specifiche competenze nella conduzione di un focus group. Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto in maniera spontanea sulla base dell'interesse per il tema trattato. È stato chiesto ai partecipanti di aggiornarsi sulla letteratura più recente in materia.

Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato a partecipare e hanno compilato un modulo conoscitivo con i loro dati, sintetizzati nella Tabella 2 - (*Profilo Partecipanti Focus Group*). I partecipanti erano liberi di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento.

Sigla	Età	Gen.	Provincia della sede lavorativa	Profilo professionale della riabilitazione	Anni di esperienza professionale	Titoli conseguiti	Ruolo nel coordinamento
M. C.	31	M	Trento	Fisioterapista	9	Laurea triennale Master	No
F. M. R.	32	F	Gorizia	Fisioterapista	5	Laurea triennale (2) Master (management)	No
R. M.	23	M	Venezia-Padova	Fisioterapista	1	Laurea triennale	No
D. M.	31	F	Venezia	Fisioterapista	9	Laurea triennale Master	No
L. S.	24	F	Vicenza-Padova	Logopedista	2	Laurea triennale	No
S. S.	26	M	Udine	Educatore professionale	4	Laurea triennale	No
M. T.	47	M	Padova	Educatore professionale	26	Laurea triennale Laurea magistrale Master (management)	No
D. V.	58	F	Gorizia	Fisioterapista	36	Diploma universitario Master (management)	Si

Tabella 2 – Profilo partecipanti al Focus Group

Analisi dei dati

Le risposte sono state registrate in formato audio e trascritte per l'analisi successiva. Sono state organizzate in macroargomenti, come indicato nelle relative tabelle, e analizzate allo scopo di cogliere sia i significati espliciti che quelli impliciti. In particolare, è stata impiegata la metodologia della Grounded Theory. La Grounded Theory è una metodologia di ricerca qualitativa nata negli anni sessanta, che si focalizza sulla generazione di teorie direttamente "radicate" (o "grounded") nei dati raccolti, piuttosto che sull'applicazione di teorie preesistenti. [9]

Questo approccio ha permesso di identificare tematiche chiave e di sviluppare una comprensione più profonda e strutturata delle esperienze e delle percezioni dei partecipanti, facilitando l'emergere di nuove prospettive e proposte.

RISULTATI

Le risposte fornite durante il focus group sono state raccolte dal note-taker (vedi Allegato 1 – *Raccolta risposte dal Focus Group*). Le risposte sono state analizzate identificando delle *keywords* (incolonnate a sinistra) per raccogliere le analogie nelle risposte dei diversi professionisti. Le *keywords* sono state quindi classificate in base a macrocategorie. È stata considerata la frequenza delle diverse *keywords* nelle risposte fornite alle singole domande (vedi Tabella 3 – *Analisi delle risposte emerse dal Focus Group*).

Domanda 1: Cosa si intende per interprofessionalità tra i riabilitatori?	Frequenza	Macrocategoria
CONDIVISIONE	5	<i>Équipe interprofessionale</i>
COLLABORAZIONE	5	<i>Équipe interprofessionale</i>
COMUNICAZIONE	5	<i>Équipe interprofessionale</i>
DIVERSITÀ DELLE DISCIPLINE COINVOLTE	5	<i>Équipe interprofessionale</i>
IL PAZIENTE AL CENTRO COME SCOPO COMUNE	4	<i>Scopo comune</i>
MASSIMIZZAZIONE DEI RISULTATI	3	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
CONTINUITÀ DELLE CURE	1	<i>Scopo comune</i>
ACCORDO	1	<i>Équipe interprofessionale</i>

ORIENTAMENTO ORGANIZZATIVO	1	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
PAZIENTE COINVOLTO	1	<i>Scopo comune</i>
PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE	1	<i>Scopo comune</i>

Domanda 2: Il modello dell'interprofessionalità su quali basi si deve fondare?		
INTERVENTO INTEGRATO	4	<i>Integrazione interprofessionale</i>
OBIETTIVO COMUNE CONCORDATO: BISOGNI DEL PZ	3	<i>Scopo comune</i>
RISPETTO E APERTURA	3	<i>Équipe interprofessionale</i>
APPROCCIO OLISTICO	2	<i>Visione olistica del paziente</i>
DEDICATO A PAZIENTI PIÙ COMPLESSI	2	<i>Scopo comune</i>
PARTECIPAZIONE ATTIVA	2	<i>Équipe interprofessionale</i>
MOTIVAZIONE	2	<i>Équipe interprofessionale</i>
IMPEGNO DI GRUPPO	2	<i>Équipe interprofessionale</i>
FORMAZIONE	1	<i>Formazione interprofessionale</i>
TEMPI E SPAZI ADEGUATI	1	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
VALORIZZAZIONE DEL TEMPO DI CONDIVISIONE TRA PROFESSIONISTI	1	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
CONDIVISIONE DELLE AREE GRIGIE	1	<i>Visione olistica del paziente</i>
RIUNIONI STRUTTURATE PER IL CONFRONTO	1	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>

Domanda 3: Quali sono i punti di forza e debolezza nella collaborazione interprofessionale?		
<i>Punti di forza</i>		
PERCORSI INTEGRATI	8	<i>Integrazione interprofessionale</i>
PRESA IN CARICO PIÙ COMPLETA DEL PZ	8	<i>Visione olistica del paziente</i>
INTERVENTO PIÙ EFFICIENTE: PIÙ BREVE O PIÙ EFFICACE	4	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
MIGLIORE QUALITÀ DELL'ASSISTENZA	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
PUNTI DI VISTA DIVERSI	2	<i>Équipe interprofessionale</i>
MAGGIORE RICONOSCIMENTO E CORREZIONE DI ERRORI NEL PERCORSO RIABILITATIVO	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
VALORIZZAZIONE DEL GRUPPO	2	<i>Équipe interprofessionale</i>
CRESCITA PROFESSIONALE	2	<i>Formazione interprofessionale</i>
MOTIVAZIONE	2	<i>Équipe interprofessionale</i>
CONTINUITÀ DELLE CURE	1	<i>Scopo comune</i>
CONFRONTO	1	<i>Équipe interprofessionale</i>
<i>Punti di debolezza</i>		
SFIDE COMUNICATIVE	6	<i>Linguaggio ideale comune</i>
FORMAZIONE SULLA COMUNICAZIONE	6	<i>Formazione interprofessionale</i>
INSORGENZA CONFLITTUALITÀ	5	<i>Case Manager Riabilitativo</i>
COORDINAMENTO NECESSARIO	5	<i>Case Manager Riabilitativo</i>
STRUTTURAZIONE MOMENTI DI SCAMBIO	3	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>

RICHIESTA DI PIU' RISORSE	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
VISIONE GERARCHICA	1	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>

Domanda 4: Quali sono le analogie e le differenze tra le varie professioni in ambito formativo? E nella pratica clinica?		
Differenze		
TECNICHE SPECIFICHE	5	<i>Competenze interprofessionale</i>
COMPETENZE SPECIFICHE	5	<i>Competenze interprofessionale</i>
PROFESSIONISTI DELLA RIABILITAZIONE	4	<i>Scopo comune</i>
OBIETTIVO MIGLIORARE LA SALUTE	4	<i>Scopo comune</i>
FORMAZIONE DI BASE SIMILE	3	<i>Formazione interprofessionale</i>
PROFESSIONI FISICHE E PSICO-COGNITIVE	2	<i>Formazione interprofessionale</i>
FORMAZIONE DI CONTORNO A SCELTA DIVERSA	2	<i>Formazione interprofessionale</i>
ORGANIZZAZIONE DELL'INTERVENTO E TEMPO DA DEDICARE AL PAZIENTE	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
PRIORITÀ E SENSIBILITÀ DIVERSE	2	<i>Competenze interprofessionale</i>
Similitudini		
ALCUNE COMPETENZE CONDIVISE	2	<i>Integrazione interprofessionale</i>
ASPETTI DELLA TRIENNALE DIVERSI	1	<i>Formazione interprofessionale</i>

LINGUAGGIO SPECIFICO	1	<i>Linguaggio ideale comune</i>
TANTI OBIETTIVI AMBITO-DIPENDENTE E POCA VISIONE GLOBALE	1	<i>Visione olistica del paziente</i>
ALCUNI LAVORANO IN TEAM PER IMPOSTAZIONE PROFESSIONALE	1	<i>Équipe interprofessionale</i>
AUTONOMIE DIVERSE	1	<i>Competenze interprofessionale</i>
LAUREA MAGISTRALE COMUNE	1	<i>Formazione interprofessionale</i>
MODALITÀ DI LAVORO SIMILE TRA ALCUNE PROFESSIONISTI	1	<i>Competenze interprofessionale</i>

Domanda 5: Qual è l'influenza del modello olistico nell'interprofessionalità sanitaria-riabilitativa?

PERSONA NEL COMPLESSO ESSENZIALE PER COMBINARE GLI INTERVENTI	3	<i>Visione olistica del paziente</i>
BASE DELL'INTERPROFESSIONALITÀ	2	<i>Équipe interprofessionale</i>
EMERGE LA NECESSITA' DI COLLABORARE PER LAVORARE AL MEGLIO AL PROGETTO DI CURA	1	<i>Scopo comune</i>
INDIVIDUAZIONE DEL PROBLEMA DI FONDO	1	<i>Scopo comune</i>
AZIONE SU PIÙ FRONTI CON OBIETTIVO UNICO	1	<i>Scopo comune</i>
IMPORTANTE PERCHÉ GLI ASPETTI SI INFLUENZANO TRA LORO (ICF)	1	<i>Visione olistica del paziente</i>

Domanda 6: Quali sono le principali strategie che possono essere attuate per favorire l'interprofessionalità?

PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA COLLABORAZIONE	6	<i>Équipe interprofessionale</i>
-----------------------------------------------	---	----------------------------------

FORMAZIONE	5	<i>Formazione interprofessionale</i>
PROTOCOLLI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE	4	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
TEMPI E CONTESTI ADEGUATI AL CONFRONTO	4	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
LAVORO D'ÉQUIPE	4	<i>Équipe interprofessionale</i>
CONOSCENZA DELLE DIVERSE PROFESSIONI	2	<i>Competenze interprofessionale</i>
MANAGEMENT	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>

Domanda 7: È fattibile il lavoro di gruppo tra tutti i professionisti sanitari della riabilitazione?

ORGANIZZAZIONE	4	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
RUOLI PROFESSIONALI	3	<i>Competenze interprofessionale</i>
BISOGNI DEL PAZIENTE	3	<i>Scopo comune</i>
VISIONE OLISTICA E COMPLESSITÀ DEL PAZIENTE	2	<i>Visione olistica del paziente</i>

Domanda 8: In ambito riabilitativo si parla la stessa lingua? O vi sono problematiche comunicative intrinseche nelle varie professionalità?

NON ESISTE LINGUAGGIO COMUNE	8	<i>Linguaggio ideale comune</i>
LINGUAGGIO COMUNE DA SVILUPPARE	3	<i>Linguaggio ideale comune</i>
FORMAZIONE DIPENDENTE	3	<i>Formazione interprofessionale</i>

PROBLEMATICHE COMUNICATIVE	1	<i>Linguaggio ideale comune</i>
GRUPPO DIPENDENTE	1	<i>Linguaggio ideale comune</i>
ETÀ DIPENDENTE	1	<i>Linguaggio ideale comune</i>

Domanda 9: È possibile integrare i diversi punti di vista professionali nell'ottica di una cura centrata sul paziente a livello clinico?		
SI	8	<i>Équipe interprofessionale</i>
NECESSARIO SOPRATTUTTO PER PAZIENTI COMPLESSI	4	<i>Scopo comune</i>
RISPETTARE LE DIVERSE PROSPETTIVE	2	<i>Équipe interprofessionale</i>
EFFICACE/OTTIMIZZARE	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
NO	0	
FORSE	0	

Domanda 10: Come è possibile bilanciare il piano organizzativo con il benessere del paziente?		
FOCUS SUL PAZIENTE	4	<i>Scopo comune</i>
MANTENENDO EFFICACIA/EFFICIENZA OPERATIVA	3	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
RIORGANIZZAZIONE (TEMPI, SPAZI, IDENTITÀ)	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
TEMPO DI CONFRONTO È TEMPO DI CURA	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
ANALIZZARE INEFFICIENZE RISOLVIBILI CON LAVORO IN TEAM	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
ÉQUIPE SOLIDE FORMATE PER L'EFFICIENZA	1	<i>Équipe interprofessionale</i>

Domanda 11: È necessaria la presenza del case manager? Che tipo di figura deve essere?		
SI È NECESSARIA presenza case manager	8	<i>Case Manager Riabilitativo</i>
COORDINAMENTO	8	<i>Case Manager Riabilitativo</i>
ORGANIZZAZIONE	6	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
RIFERIMENTO PER IL PAZIENTE	5	<i>Case Manager Riabilitativo</i>
COMUNICAZIONE	4	<i>Équipe interprofessionale</i>
FORMAZIONE	4	<i>Formazione interprofessionale</i>
COMPETENZE NECESSARIE	4	<i>Competenze interprofessionale</i>
RELAZIONE	4	<i>Case Manager Riabilitativo</i>
INTERFACCIA CON CAREGIVERS	3	<i>Case Manager Riabilitativo</i>

Domanda 12: Quali sono le prospettive e sfide future della collaborazione fra diversi operatori della riabilitazione?		
PROMOZIONE DELLA COLLABORAZIONE	7	<i>Équipe interprofessionale</i>
GESTIONE DI RISORSE LIMITATE	3	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
FORMAZIONE DEGLI OPERATORI CON OBIETTIVO COLLABORARE	3	<i>Formazione interprofessionale</i>
ESPANDERE I MODELLI DI COLLABORAZIONE NEL TERRITORIO	2	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
L'AUMENTO DI PAZIENTI CON CRONICITÀ E PIÙ COMPLESSI	2	<i>Scopo comune</i>
PIÙ COINVOLGIMENTO DEL PZ E CAREGIVER	1	<i>Visione olistica del paziente</i>

RIORGANIZZAZIONE FINALIZZATA AI MOMENTI DI SCAMBIO	1	<i>Nuovo modello organizzativo interprofessionale</i>
INSERIMENTO DEL CASE MANAGER	1	<i>Case Manager Riabilitativo</i>

Tabella 3 – Analisi delle risposte emerse dal Focus Group

Infine, sono state prese in esame le sole macrocategorie (vedi Tabella 4 – *Analisi delle macrocategorie*). Sono qui riportate le frequenze d'apparizione relativa, ossia la sommatoria delle *keywords* che si riferiscono ad una data macrocategoria, e le frequenze d'apparizione assoluta, che prendono in considerazione anche le frequenze delle *keywords* sopracitate. Le frequenze di apparizione assoluta tengono quindi conto di quante risposte alle domande hanno contenuto una *keyword* appartenente ad una macrocategoria.

Macrocategorie	Frequenza di apparizione relativa	Frequenza di apparizione assoluta
ÉQUIPE INTERPROFESSIONALE	22	72
NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO INTERPROFESSIONALE	25	60
SCOPO COMUNE	17	45
CASE MANAGER RIABILITATIVO	8	39
COMPETENZE INTERPROFESSIONALI	9	31
FORMAZIONE INTERPROFESSIONALE	12	31
LINGUAGGIO IDEALE COMUNE	7	21
VISIONE OLISTICA DEL PAZIENTE	8	19
INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE	3	14
RICERCA INTERPROFESSIONALE	1	1

Tabella 4 – Analisi delle macrocategorie

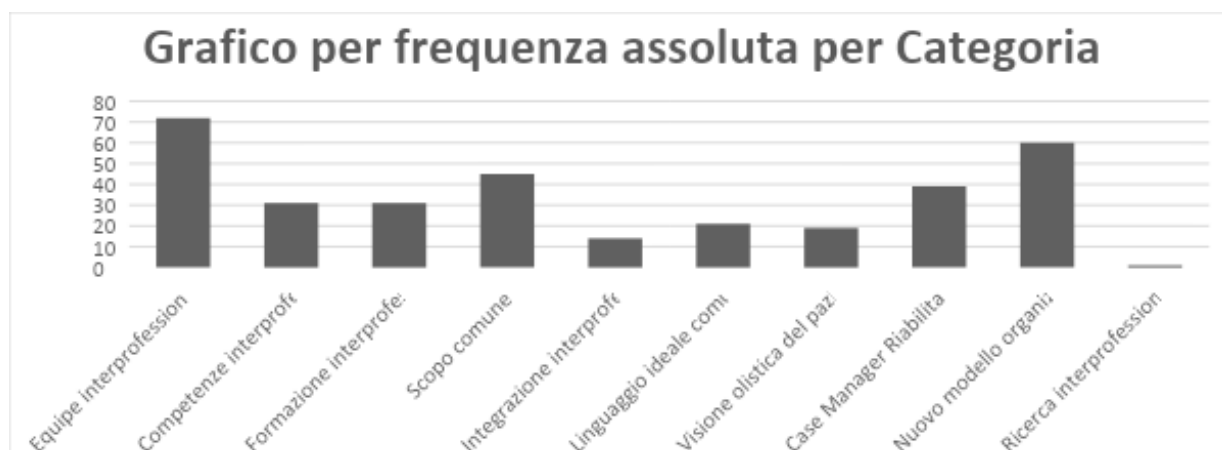


Figura 1 - Grafico per frequenza assoluta per Categoria

DISCUSSIONE

Dalla La collaborazione interprofessionale in ambito sanitario-riabilitativo appare essere un concetto trasversale rispetto al modello olistico del paziente. Il concetto si fonda su tre pilastri fondamentali: l'interprofessionalità tra gli operatori, la centralità delle necessità del paziente all'interno dell'équipe riabilitativa, e la condivisione di uno scopo comune. L'aggiornamento del modello ICF, che incorpora una visione olistica dell'individuo includendo salute, funzionalità, qualità della vita e sviluppo come elementi interconnessi nel corso della vita delle persone, riflette questa comprensione olistica della cura [10]. La maggioranza dei professionisti del focus group ha sottolineato l'importanza della collaborazione, della condivisione e della comunicazione tra le discipline nel definire l'interprofessionalità in riabilitazione. In letteratura, l'interprofessionalità in ambito sanitario viene definita come lo sviluppo di una pratica coesiva e collaborativa tra professionisti provenienti da differenti discipline, finalizzata a rispondere a bisogni complessi del paziente [11]. L'integrazione delle attività riabilitative e la centralità del paziente rappresentano lo scopo comune e hanno l'obiettivo di rispondere efficacemente ai bisogni degli assistiti e di massimizzare i risultati terapeutici. L'interprofessionalità è nota anche come interprofessional collaboration (IPC) o interprofessional care. Rispetto ai gruppi professionali omogenei, la collaborazione interprofessionale coinvolge il sistema di valori, di identità e status professionali, i codici di comportamento e i modi di lavorare di ciascun professionista, con le proprie preferenze di trattamento e con il proprio linguaggio professionale. Per indagare il concetto di collaborazione interprofessionale, sono stati integrati modelli teorici riconosciuti di teamwork e leadership, allo scopo di fornire una base teorica più solida. Tra questi, il "Framework per il Teamwork" di Salas et al. è particolarmente rilevante; esso sottolinea componenti chiave come la leadership condivisa, la comunicazione assertiva, il supporto reciproco, e la consapevolezza situazionale. Questi elementi sono essenziali per facilitare una collaborazione efficace tra professionisti di diverse discipline, migliorando così l'outcome per il paziente [12].

Il modello di "Leadership Trasformativa", sviluppato da Bass e Avolio, è altrettanto pertinente per il nostro studio. Questo modello promuove la motivazione e il coinvolgimento attraverso la visione e l'ispirazione, che sono cruciali per superare le sfide inerenti alla collaborazione interprofessionale. Attraverso la leadership trasformativa, i leader possono influenzare positivamente il clima del team, rendendolo più aperto alla condivisione di conoscenze e al lavoro di squadra [13].

Per rinforzare ulteriormente la validità dei nostri risultati, abbiamo effettuato un confronto con studi internazionali che esaminano la collaborazione interprofessionale in vari contesti sanitari. In particolare, lo studio di West et al. offre una prospettiva comparativa preziosa, esaminando come le dinamiche di collaborazione si manifestano in contesti sanitari diversificati in Europa e Nord America [14]. Questo confronto ci permette di identificare non solo i fattori comuni che contribuiscono al successo della collaborazione interprofessionale, ma anche le barriere specifiche che possono emergere in differenti ambienti culturali e organizzativi.

Questi approfondimenti contribuiscono a una comprensione più completa delle dinamiche interprofessionali e sottolineano l'importanza di adottare approcci teorici e pratici che facilitino la collaborazione efficace tra professionisti della riabilitazione. Proponiamo quindi che future ricerche continuino ad esplorare questi modelli in contesti vari, per migliorare le pratiche di collaborazione interprofessionale a livello globale, arricchendo così la qualità dell'assistenza sanitaria offerta ai pazienti in riabilitazione

Secondo Jabbar et al., per raggiungere la collaborazione interprofessionale sono necessari la creazione di fiducia, l'uso di robuste strategie di comunicazione, lo sviluppo di obiettivi di gestione comuni, la comprensione delle differenze di potere necessarie per il processo decisionale ed adeguate strutture organizzative sanitarie [15]. Nonostante i diversi profili professionali il fondamento è rappresentato proprio dall'integrazione interprofessionale che richiede partecipazione attiva durante i momenti dedicati, rispetto in senso generale e apertura verso la conoscenza di aspetti di altre discipline. Incontrare l'altro professionista significa confrontarsi e valorizzare le competenze che questi può esprimere nel processo di cura condiviso; ancora, significa andare oltre il rifiuto della collaborazione che può venire dall'altro, avendo chiari e al centro gli obiettivi della persona assistita [16]. È inoltre emersa l'idea condivisa che tale modello richiede l'esistenza di adeguati spazi e tempi, di gruppi di lavoro motivati, impegnati e formati per valorizzare i tempi di condivisione. In accordo con Jabbar et al., si delinea fin da subito la necessità di realizzare modelli e strutture organizzative che consentano la realizzazione concreta dell'interprofessionalità [15].

I professionisti del focus group hanno inoltre riconosciuto vantaggi significativi nell'approccio interprofessionale alla riabilitazione, come la cura più completa derivante da percorsi integrati che possono portare a maggiore efficacia e rapidità in termini di risultati, migliorando la qualità dell'assistenza. Come sostenuto da Allen et al., si riscontrano effetti positivi sulla qualità e sull'efficienza del servizio come risultato delle specifiche funzioni [17].

Si evidenzia l'importanza dell'unione di diverse prospettive nella prevenzione degli errori. Anche secondo Reeves et al. la collaborazione interprofessionale si collega al "miglioramento nella sicurezza del paziente, nella gestione dei casi, attraverso l'utilizzo ottimale delle competenze di ciascun membro del team sanitario con l'erogazione di servizi sanitari complessivamente migliori" [18].

Come afferma la letteratura, il conflitto è un problema costante e inevitabile all'interno dei team sanitari. Bisogna saperlo gestire al meglio e risolverlo per il bene del paziente. Una risoluzione positiva è essenziale per promuovere cure sicure ed efficaci" [19].

A tal proposito una meta-revisione sistematica di Holly Wei et al. ha trattato il tema della collaborazione interprofessionale allo scopo di definire facilitatori, barriere e risultati: nell'articolo vengono identificati come fattori chiave la cultura organizzativa, la comunicazione efficace e la fiducia reciproca [20].

I professionisti nel campo della riabilitazione riconoscono una formazione di base comune che fornisce competenze condivise, essenziali per la cura integrata del paziente. Altri punti di interesse condivisi nella pratica clinica riguardano: la qualità degli interventi, in particolare il perseguimento dell'Evidence Based Practice e il mantenimento di appropriati standards assistenziali, e il focus sul paziente nel processo decisionale, gli aspetti etici della professione, la collaborazione con i colleghi e la rilevanza degli aspetti comunicativi [21; 22]. Le linee guida non possono infatti sostituire il giudizio clinico, ma fungono da cornice che può facilitare il processo decisionale e migliorare la qualità dell'assistenza fornita [23].

Tuttavia, si notano anche significative differenze nelle specializzazioni e competenze che emergono con la formazione avanzata e la pratica clinica, che variano a seconda dell'orientamento fisico o psico-cognitivo delle diverse discipline. Nel complesso ciascun professionista si differenzia, anche all'interno della medesima professione, in base alla profondità della specializzazione. Sebbene tutti i professionisti sanitari condividano l'obiettivo di fornire cure sicure ed efficaci ai pazienti, le loro responsabilità e competenze nella pratica clinica possono variare notevolmente in base alla loro formazione, specializzazione e ruolo all'interno del team sanitario. Queste distinzioni evidenziano l'importanza di riconoscere e valorizzare la specializzazione individuale, pur mantenendo un impegno condiviso nel rispetto dei codici deontologici e nell'attenzione alle diverse necessità dei pazienti.

L'importanza di un approccio interdisciplinare, che rispetti le diverse dimensioni del modello biopsicosociale, è cruciale per garantire un intervento riabilitativo efficace e centrato sul paziente. Questo necessita di una comprensione approfondita della complessità e della non linearità tra i vari fattori che influenzano la salute e la riabilitazione, come sottolineato da Derick Wade, il quale evidenzia come la complessità del modello derivi dall'imprevedibilità delle relazioni tra i diversi fattori. Secondo Wade, anche in assenza di componenti disfunzionali, un sistema può essere considerato non funzionante, sottolineando così l'importanza di un approccio olistico nel trattamento riabilitativo [24].

Nonostante queste complessità, l'approccio interdisciplinare rimane essenziale. Tuttavia, come osservato da Piotr Tederko et al. (2020), esiste una carenza di studi comparativi che esaminino le diverse strategie e pratiche all'interno dei team riabilitativi in Europa. Questo gap nella ricerca sottolinea la necessità di ulteriori indagini per facilitare l'armonizzazione e la collaborazione tra i diversi stati europei [25].

Mirjam Körner rileva la scarsità di studi sull'inter e multidisciplinarietà nell'approccio al paziente e sottolinea l'importanza di questi approcci come strumenti per lo sviluppo organizzativo e il miglioramento della qualità, in particolare nel contesto riabilitativo. Körner evidenzia anche che i risultati in termini di outcome e processo sono significativamente migliori nei team interdisciplinari, rafforzando ulteriormente l'argomento a favore dell'importanza dell'interprofessionalità e dell'approccio olistico nella riabilitazione [26].

La letteratura, quindi, conferma l'importanza di un modello interprofessionale nella riabilitazione, evidenziando al contempo la necessità di ulteriori ricerche per ottimizzare l'efficacia di tali approcci. La centralità del paziente, l'interprofessionalità tra gli operatori e l'obiettivo comune sono elementi chiave che, se integrati efficacemente, possono significativamente migliorare la qualità dell'assistenza riabilitativa.

La collaborazione interprofessionale è risultata dallo studio una misura fondamentale nella promozione della pratica sanitaria. Dato che si richiede la partecipazione di esponenti delle diverse professioni sanitarie risulta utile ottenere spazi e strumentazioni adeguati, tempi di lavoro flessibili e percorsi di formazione dedicati per migliorare la collaborazione. Uno studio realizzato da H. Wei, R.W. Corbett, J. Ray, T. Wei nel 2020 aiuta a comprendere tali meccanismi. Sono state indagate le modalità di promozione della pratica collaborativa interprofessionale e i risultati ottenuti hanno indicato quanto le connessioni umane tra i membri del team rappresentino un sicuro elemento che agevola il processo [20]. Risulta importante creare un codice linguistico condiviso e favorire la formazione continua e specifica per tutti i professionisti coinvolti nella realizzazione di un efficace gruppo di lavoro.

Il lavoro di gruppo è generalmente ritenuto fattibile e necessario per un approccio olistico ai pazienti complessi. Tuttavia, si sottolinea l'importanza di rivedere e migliorare l'organizzazione delle strutture sanitarie per supportare efficacemente questo modello.

Come afferma lo studio di J. Wais et al., le riunioni di gruppo interprofessionale sono viste come momento centrale per lo scambio di informazioni fra i professionisti coinvolti, tuttavia, soprattutto nelle strutture più grandi, la posizione gerarchica della direzione medica e la mancanza di risorse possono influenzare negativamente lo scambio interprofessionale [27].

È riconosciuto inoltre che le esigenze specifiche dei pazienti possono variare, influenzando il grado di collaborazione interprofessionale richiesto. È necessaria una definizione collaborativa degli obiettivi, ponendo il paziente al centro del processo, piuttosto che concentrarsi su programmi predeterminati e specifici [28].

Nel contesto riabilitativo, i professionisti riconoscono infine la presenza di barriere comunicative dovute alle diverse formazioni. Questo può rendere difficile per professionisti come logopedisti e educatori professionali comprendere appieno i rispettivi punti di vista. La letteratura riconosce l'esistenza di fraintendimenti e difficoltà di comunicazione nel contesto interdisciplinare sanitario [29]. La cura degli aspetti comunicativi risulta fondamentale nel processo di team building (30). In gruppi ben organizzati, queste differenze possono essere superate, con i membri più esperti che supportano quelli più giovani, favorendo l'integrazione dei vari "linguaggi" professionali e lavorando verso la creazione di un linguaggio comune, chiaro e semplificato [31; 29].

Per approfondire la discussione sulle barriere alla collaborazione interprofessionale, è cruciale esaminare i conflitti di ruolo che emergono nella pratica clinica, spesso dovuti a incomprensioni sulle responsabilità specifiche di ciascun professionista all'interno del team. Un esempio evidente si può trovare nelle unità di riabilitazione, dove fisioterapisti, infermieri e operatori possono avere visioni divergenti su come migliorare la mobilità di un paziente. Queste divergenze possono generare tensioni, influenzando l'atmosfera collaborativa e l'efficacia del trattamento.

Per risolvere questi conflitti, è essenziale promuovere strategie di comunicazione efficace, come l'organizzazione di meeting regolari dove i membri del team possono esprimere opinioni e aspettative. La formazione interprofessionale su temi come il riconoscimento reciproco delle competenze e la negoziazione efficace è fondamentale per ridurre malintesi e promuovere un ambiente di lavoro coeso. Inoltre, l'adozione di tecniche di mediazione e il ruolo del leader del team come mediatore imparziale sono supportati dalla letteratura, come dimostrato dagli studi di Almost et al. Questi studi evidenziano che i leader formati in tecniche di risoluzione dei conflitti possono migliorare significativamente l'ambiente di lavoro e l'efficienza del team [32].

L'approccio del "team briefing" regolare, come suggerito da Lingard et al. (2007), prima di ogni turno o sessione di trattamento, può essere particolarmente efficace per chiarire i ruoli e le aspettative, contribuendo così a diminuire le tensioni e migliorare la collaborazione [33]. Queste strategie non solo mitigano i conflitti ma promuovono anche una cultura di rispetto e comprensione reciproca, essenziali per un lavoro di squadra efficace e per il miglioramento continuo dell'assistenza al paziente. Implementando questi approcci, le équipes interprofessionali possono trasformare i conflitti potenziali in opportunità di apprendimento e miglioramento.

Tutti i professionisti coinvolti nel focus group concordano sulla fattibilità dell'integrazione tra le diverse prospettive professionali nel campo della riabilitazione nell'ottica di una cura centrata sul paziente. Metà dei partecipanti sottolinea che tale integrazione non è solo possibile, ma anche essenziale per una gestione efficace dei pazienti con casi più complessi.

Il bilanciamento del piano organizzativo con il benessere del paziente passa attraverso alcuni aspetti chiave, quali l'engagement attivo del paziente e il sostegno ai professionisti sanitari nell'adottare un approccio centrato sulla persona. Si pone l'attenzione, dunque, sulle esigenze del paziente, ma anche sull'implementazione di efficienza ed efficacia, obiettivo manageriale nei

servizi sanitari. Ciò si traduce anche come ottimizzazione delle risorse a disposizione e assegnazione delle priorità alle esigenze indifferibili, distribuendole così in modo equo. Una panoramica simile è offerta dallo studio di P. Douglas, J.J. Carr, M. Cerqueira, J. Cummings, T. Gerber, D. Mukherjee, A. Taylor del 2012, dove si è espressa la necessità di un'ampia collaborazione tra le diverse parti interessate, al fine di creare una cultura e una formazione sì medica, ma anche del paziente e dei suoi bisogni [34]. Dal focus group emerge la necessità di iniziare da un'analisi dei bisogni a più livelli, coinvolgendo le strutture locali, i pazienti e il welfare in ambito geografico, in quanto viene percepita scarsa considerazione dell'aspetto sociale e del contesto territoriale del paziente.

Tutti i professionisti coinvolti riconoscono l'importanza cruciale del case manager nel contesto della riabilitazione. Il case manager riveste un ruolo cruciale nell'ambito delle équipes interprofessionali di riabilitazione, fungendo da ponte tra le diverse professionalità e il paziente. È responsabile della coordinazione e dell'integrazione delle varie competenze all'interno del team, assicurando che il piano di trattamento sia personalizzato e coerente con le esigenze del paziente [35]. Per adempiere efficacemente a queste funzioni, il case manager deve possedere competenze avanzate in gestione dei team, comunicazione interpersonale e risoluzione dei conflitti. È essenziale che abbia una formazione approfondita sulle dinamiche di lavoro di squadra interprofessionale e sulla gestione integrata dei piani di cura.

Queste competenze facilitano una collaborazione efficace tra i membri del team, migliorando l'efficacia del trattamento riabilitativo e l'esperienza complessiva del paziente. La presenza del case manager, quindi, non solo ottimizza i risultati clinici ma supporta anche il benessere emotivo e psicologico del paziente, rendendolo un elemento indispensabile per il successo delle pratiche riabilitative più recenti.

Poiché l'intervento riabilitativo va dalla valutazione funzionale, alla definizione degli obiettivi riabilitativi, necessitando di coordinamento e lavoro di squadra, è necessario un team leader altamente qualificato [36].

Questa figura dovrebbe possedere competenze specifiche in coordinamento, organizzazione e relazioni interpersonali, per gestire efficacemente le diverse personalità e integrare vari punti di vista. Il ruolo del case manager è visto come fondamentale per gestire le esigenze complessive dei pazienti e fornire un punto di riferimento anche per i familiari. Lo studio in esame vuole sottolineare l'importanza dell'interdisciplinarietà nella riabilitazione e la necessità di promuovere ulteriormente la collaborazione tra diversi professionisti della salute. Questa enfasi trova eco nella letteratura recente, come illustrato dal modello Forging Alliances in Interdisciplinary Rehabilitation Research (FAIRR), che descrive come la collaborazione tra ricercatori e clinici possa promuovere la scienza interdisciplinare necessaria per migliorare gli esiti centrati sul paziente [37]. La letteratura conferma l'importanza di un lavoro di squadra efficace tra professionisti di diversi ambiti per avanzare nella ricerca e nella pratica clinica, sostenendo quindi il principio che l'interdisciplinarietà è cruciale per affrontare le complessità della riabilitazione moderna.

Tuttavia, una revisione sistematica sulle reti di assistenza interdisciplinare per i pazienti con dolore muscoloscheletrico cronico evidenzia che, nonostante l'efficacia dei programmi interdisciplinari centrati sul paziente rispetto alla cura usuale, esistono ancora barriere significative all'implementazione efficace di tali programmi [38]. Questo sottolinea una discrepanza tra l'ideale di interdisciplinarietà promosso dallo studio in esame e le sfide pratiche nella sua realizzazione, suggerendo la necessità di strategie migliorate per superare queste barriere.

Inoltre, l'analisi di interdisciplinarietà nel team di riabilitazione mostra che la cura basata sul team migliora effettivamente l'intervento di riabilitazione per una varietà di popolazioni di pazienti. Questo supporta l'argomentazione dello studio in esame riguardo l'importanza della collaborazione tra professionisti di diversi ambiti. Tuttavia, la letteratura riconosce anche la necessità di ulteriori ricerche per esplorare come ottimizzare la collaborazione interprofessionale per garantire che i benefici siano realizzati in modo coerente attraverso diversi contesti e popolazioni di pazienti.

L'esperienza degli stakeholder sulla collaborazione nel contesto della riabilitazione interdisciplinare per pazienti con dolore cronico che mirano al ritorno al lavoro evidenzia l'importanza della collaborazione tra gli stakeholder e di un piano di riabilitazione per il ritorno al lavoro su misura. Questi risultati confermano l'osservazione dello studio in esame sulla necessità di una collaborazione efficace. Tuttavia, vi sono ancora inefficienze nell'applicazione concreta di queste strategie, indicando che, nonostante l'accordo sulla teoria, l'applicazione pratica della collaborazione interdisciplinare incontra ostacoli significativi.

Infine, la letteratura universale sull'importanza della collaborazione interdisciplinare per l'eccellenza nella consegna dell'assistenza ai pazienti rafforza ulteriormente il messaggio dello studio in esame. L'istruzione di base per tutti i professionisti clinici dovrebbe includere le conoscenze, le abilità e gli atteggiamenti necessari per partecipare efficacemente ai team interdisciplinari. Questo allinea con la raccomandazione dello studio di promuovere ulteriormente la collaborazione interprofessionale.

Mentre lo studio in esame pone in rilievo l'importanza critica dell'interdisciplinarietà e della collaborazione in riabilitazione, la letteratura attuale conferma questi principi, ma evidenzia anche le sfide persistenti nella loro implementazione pratica. Pertanto, oltre a riconoscere l'importanza della collaborazione interprofessionale, è fondamentale sviluppare strategie efficaci per superare le barriere all'implementazione e garantire che i principi interdisciplinari siano pienamente realizzati nella pratica clinica quotidiana.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati del Focus Group evidenzia l'importanza dell'interprofessionalità nella riabilitazione.

In particolare, l'interprofessionalità si fonda sulla condivisione e collaborazione e prevede un modello d'intervento integrato basato sulle competenze specifiche dei singoli profili e caratterizzato da un obiettivo comune, rappresentato dall'ottimizzazione della cura del paziente.

Tuttavia, i professionisti ritengono che l'organizzazione sanitaria non sia attualmente adeguata allo sviluppo della collaborazione interprofessionale, in considerazione di rilevanti ostacoli organizzativi e di comunicazione. La promozione della cultura della collaborazione, la formazione mirata alla comunicazione all'interno dell'équipe riabilitativa e l'individuazione di spazi e tempi adeguati al confronto costituiscono elementi fondamentali per istituire un modello efficace di collaborazione interprofessionale. In tale contesto, il ruolo del case manager risulta fondamentale.

Le sfide future identificate dallo studio riguardano la promozione della collaborazione interprofessionale e l'adattamento del setting riabilitativo che, pur in uno scenario di risorse limitate, assicuri un approccio olistico alla cura e garantisca un'assistenza efficace, efficiente, appropriata e personalizzata al paziente.

LIMITI DELLO STUDIO E PROSPETTIVE FUTURE

Una discussione critica dei limiti di questo studio, come il numero dei partecipanti al focus group e le influenze socio-culturali, è essenziale per valutare la validità e l'affidabilità dei risultati.

Il campione di 8 partecipanti di questo studio è stato selezionato all'interno del contesto classe universitario dell'Università Degli Studi di Padova, per rappresentare il maggior numero di diverse discipline professionali nel settore della riabilitazione, consentendo un'analisi qualitativa profonda delle interazioni interprofessionali. Questa scelta metodologica era mirata a ottimizzare la raccolta di dati da raccogliere attraverso discussioni focalizzate e gestibili. Tuttavia, la dimensione limitata del campione può influenzare la possibilità di generalizzare i risultati a contesti diversi. Riconosciamo questo limite e suggeriamo cautela nel trasferire i risultati ad altri ambienti di riabilitazione. Data la sua natura qualitativa e il contesto specifico di realizzazione, i risultati ottenuti potrebbero riflettere le peculiarità culturali e organizzative del sistema sanitario italiano e dei contesti d'origine dei partecipanti, e potrebbero non essere completamente trasferibili ad altri contesti geografici o clinici.

Si sottolinea che, pur offrendo spunti significativi su dinamiche interprofessionali specifiche, i risultati necessitano di essere interpretati con cautela quando considerati in ambiti diversi da quello studiato.

Studi futuri dovrebbero espandere il campione e includere una gamma più ampia di professionisti, sia in termini di intervistati che di profili professionali della riabilitazione, e dovrebbero considerare l'inclusione di interviste a pazienti per verificare e arricchire ulteriormente i risultati. Tali interviste dovrebbero indagare la percezione e la soddisfazione dei pazienti rispetto

alla collaborazione dei professionisti coinvolti nel processo di cura. Ulteriori ricerche dovrebbero inoltre comprendere se e come questi risultati possono essere applicati ad altri contesti sanitari e quindi culturali, ampliando l'applicabilità delle dinamiche interprofessionali in vari contesti.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- [1] Italia. Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale 29 marzo 2001, Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale, n. 33, 8 giugno 2001.
- [2] Basaglia N. Progettare la riabilitazione – Il lavoro in team interprofessionale. Edi-ermes; 2002.
- [3] Hall P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:188–96. doi:10.1080/13561820500081745.
- [4] Baker DJ, Wijshake T, Tchkonja T, LeBrasseur NK, Childs BG, van de Sluis B, et al. Clearance of p16Ink4a-positive senescent cells delays ageing-associated disorders. *Nature*. 2011;479(7372):232–6. doi:10.1038/nature10600.
- [5] World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/70185>.
- [6] Tousijn W. Integrating health and social care: Interprofessional relations of multidisciplinary teams in Italy. *Curr Sociol*. 2012;60:522–37. doi:10.1177/0011392112438335.
- [7] Tousijn W. I rapporti inter-professionali in sanità: dal vecchio al nuovo professionalismo. *Salute e Società*. 2015;8(1):44-55. doi:10.3280/SES2015-003005.
- [8] Tomelleri S, Articoli G. Scoprire la collaborazione resiliente: una ricerca-azione sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria. In: *Salute e Società*. 2013. Available from: <http://hdl.handle.net/10446/31265>.
- [9] O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51. doi:10.1097/ACM.0000000000000388.
- [10] Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing; 1967.
- [11] McDougall J, Wright D, Hennessey M, et al. A critical review of the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health in occupational therapy. *Occup Ther Int*. 2010;17(4):196–212. doi:10.1002/oti.322.
- [12] Sena B. Le professioni sanitarie e la sfida dell'interprofessional care: modelli emergenti e fattori critici nel contesto sanitario italiano. *Atti del Convegno SISEC*; 2017.

- [13] Salas E, Rosen MA, Burke CS, et al. The Science of Teamwork: A Multilevel Approach. *Front Psychol.* 2016;7:146. doi:10.3389/fpsyg.2016.00146.
- [14] Bass BM, Riggio RE. *Transformational Leadership*. 2nd ed. New York: Psychology Press; 2005. Available from: <https://doi.org/10.4324/9781410617095>.
- [15] West M, Borrill C, Dawson J, et al. The link between the management of employees and patient outcomes. *Int J Health Care Qual Assur.* 2003;16(8):3-11.
- [16] Jabbar S, Noor HS, Butt GA, Zahra SM, Irum A, Manzoor S, et al. A Cross-Sectional Study on Attitude and Barriers to Interprofessional Collaboration in Hospitals Among Health Care Professionals. *Inquiry.* 2023;60:469580231171014. doi:10.1177/00469580231171014.
- [17] Bianchi M. L'interprofessionalità nelle organizzazioni di cura e nelle relative formazioni. *Iride.* 2017; ISSN 2504-2742.
- [18] Allen D, Gillen E, Rixson L. The Effectiveness of Integrated Care Pathways for Adults and Children in Health Care Settings: A Systematic Review. *JBI Libr Syst Rev.* 2009;7(3):80-129. doi:10.11124/01938924-200907030-00001.
- [19] Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3. doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3.
- [20] McKibben L. Conflict management: importance and implications. *Br J Nurs.* 2017;26(2):100-3. doi:10.12968/bjon.2017.26.2.100.
- [21] Wei H, Horns P, Sears SF, Huang K, Smith CM, Wei TL. A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *J Interprof Care.* 2022;36(5):735-49. doi:10.1080/13561820.2021.1973975.
- [22] Marone F, Navarra M. Il sentimento del tempo. Un dispositivo di senso nella formazione degli operatori sanitari. *MeTis. Mondi educativi. Temi, indagini, suggestioni.* 2019;9. doi:10.30557/MT00105.
- [23] Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, et al. Health professionals' competencies in evidence-based practice: a systematic review and Delphi survey. *BMC Fam Pract.* 2021;22:24. doi:10.1186/s12875-021-01378-5.
- [24] Cruciani M. L'utilizzo delle linee guida nella pratica clinica. Sezione Screening HIV - Centro di Medicina Preventiva - Azienda ULSS 20 Verona; 2015.
- [25] Wade DT. What is rehabilitation? An empirical investigation leading to an evidence-based description. *Clin Rehabil.* 2020;34(8):997-1006. doi:10.1177/0269215520905112.
- [26] Tederko P, Mycielski J, Angerova Y, Denes Z, Grabljevec K, Ilieva E, et al. Role of diversity in assembling of rehabilitation teams in Central Europe. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2020;56(2):131-41. doi:10.23736/S1973-9087.20.05904-3.
- [27] Körner M. Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a systematic review of the literature. *J Interprof Care.* 2008;22(3):326-39. doi:10.1080/13561820802057702.
- [28] Wais J, Geidl W, Rohrbach N, Sudeck G, Pfeifer K. Exercise Therapy Teamwork in German Rehabilitation Settings: Results of a National Survey Using Mixed Methods Design. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(3):949. doi:10.3390/ijerph18030949.

- [29] Olufson HT, Ottrey E, Young AM, Green TL. Enhancing or impeding? The influence of digital systems on inter-professional practice and person-centred care in nutrition care systems across rehabilitation units. *Nutr Diet*. 2023. doi:10.1111/1747-0080.12846.
- [30] Lai CK, Lai DL, Ho JS, Wong KK, Cheung DS. Interdisciplinary collaboration in the use of a music-with-movement intervention to promote the wellbeing of people with dementia and their families: Development of an evidence-based intervention protocol. *Nurs Health Sci*. 2016;18(1):79–84. doi:10.1111/nhs.12238.
- [31] Golom FD, Schreck JS. The Journey to Interprofessional Collaborative Practice. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(1):1–12. doi:10.1016/j.pcl.2017.08.017.
- [32] Dettmer P, Thurston LP, Knackendoffel A, Dyck NJ. Collaboration, consultation, and teamwork for students with special needs. 6th ed. Columbus, OH: Pearson; 2009. Available from: https://www.researchgate.net/publication/230853178_Collaboration_consultation_and_teamwork_for_students_with_special_needs.
- [33] Almost J, Doran D, Hall L, et al. An integrative review on conflict management styles among nursing professionals: implications for nursing management. *Nurs Leadership*. 2010;23(2):78–90.
- [34] Lingard L, Regehr G, Orser B, et al. Evaluation of a preoperative checklist and team briefing among surgeons, nurses, and anesthesiologists to reduce failures in communication. *Arch Surg*. 2008;143(1):12–7. doi:10.1001/archsurg.143.1.12.
- [35] Douglas PS, Carr JJ, Cerqueira MD, Cummings JE, Gerber TC, Mukherjee D, Taylor AJ. Developing an action plan for patient radiation safety in adult cardiovascular medicine: proceedings from the Duke University Clinical Research Institute/American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Think Tank held on February 28, 2011. *J Am Coll Cardiol*. 2012 May 15;59(20):1833–47. doi:10.1016/j.jacc.2012.01.005.
- [36] Sander AM, Constantinidou F. The interdisciplinary team. *J Head Trauma Rehabil*. 2008;23(4):271–272. doi:10.1097/HTR.0b013e31818de3f2.
- [37] Uddin T. Leadership in Rehabilitation Teamwork: Challenges for Developing Countries. *Front Rehabil Sci*. 2022;3:1070416. doi:10.3389/frsc.2022.1070416.
- [38] Gill SV, Shin D, Ayoub M, Keegan L, Desrochers PC, Helfrich CA. Forging Alliances in Interdisciplinary Rehabilitation Research (FAIRR): A Logic Model. *Am J Phys Med Rehabil*. 2021;100(6):519–525. doi:10.1097/PHM.0000000000001749.
- [39] Fenton M, et al. Interdisciplinary pain management for chronic musculoskeletal pain: A systematic review. *Pain Manag*. 2023. doi:10.1016/j.pain.2023.10.001.

ALLEGATI

Allegato 1 – Raccolta Risposte dal Focus Group

DOMANDE	<i>Appunti note-taker</i>
Cosa si intende per interprofessionalità tra i riabilitatori?	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione e comunicazione tra professionisti di diverse discipline nel campo della riabilitazione. - Interprofessionalità è lavorare assieme tra diverse categorie di professionisti per uno stesso paziente, con attività integrate e scopi comuni. - Es. Lavoro in equipe su un paziente, con condivisione degli obiettivi raggiunti e confronto tra i vari professionisti che lo seguono al fine di focalizzare ed integrare/omogeneizzare i singoli interventi tra di loro. Lavoro in equipe per programmare meglio la funzionalità e l'organizzazione di un servizio. - Per interprofessionalità si intende lo sviluppo di una pratica concorde e collaborativa tra professionisti provenienti da differenti discipline, finalizzata a rispondere a bisogni complessi dell'utente/paziente. Essa deriva dalla necessità di riconciliare differenze professionali, talvolta caratterizzate da visioni differenti o addirittura conflittuali, attraverso un'interazione continua e la condivisione di conoscenze e pratiche tra i diversi professionisti coinvolti. Rispetto ai gruppi professionali omogenei, il lavoro interprofessionale coinvolge il sistema di valori, di identità e status professionali, i codici di comportamento e i modi di lavorare di ciascun professionista. Inoltre, l'interprofessionalità richiede anche un cambiamento a livello organizzativo e gestionale, in quanto comporta la creazione di condizioni ambientali in grado di svilupparla e favorirla. Il lavoro in team interprofessionali aiuta a massimizzare e rafforzare le competenze dei singoli professionisti, migliorare l'efficienza, garantire

	<p>la continuità delle cure ed un loro maggior coordinamento, nonché coinvolgere il paziente e/o la famiglia nel processo decisionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione tra diverse figure professionali dell'area della riabilitazione con l'obiettivo comune generale di riabilitare un individuo con determinate problematiche, apportando ognuna il suo contributo, le proprie competenze al fine di raggiungere l'obiettivo generale prefissato. - Modello di collaborazione, nella presa in carico di un paziente, tra diverse professionalità, nel quale le competenze si integrano e fondono per fornire un miglior processo riabilitativo. - Secondo OMS, ogni gruppo apporta ciò che ritiene centrale. Più operatori di professioni diverse e con background differenti, collaborano in modo da raggiungere un livello di comprensione condiviso di cui non disponevano in precedenza e che non avrebbero potuto ottenere individualmente. Inoltre deriva dalla necessità di riconciliare differenze professionali, talvolta caratterizzate da visioni differenti o addirittura conflittuali. - Per interprofessionalità intendo una modalità di lavoro dove il paziente è posto al centro dell'intervento riabilitativo ed i vari professionisti condividono un piano di lavoro personalizzato e strutturato in base alle necessità del singolo caso. Grazie al piano di lavoro condiviso è possibile permettere a tutti professionisti di interagire ed integrare al meglio le diverse competenze per aumentare l'appropriatezza dell'atto di cura.
<p>Il modello dell' inter-professionalità su quali basi si deve fondare? (modello centrato su partecipazione, ambiti di intervento integrati e confini professionali flessibili)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Basato sulla partecipazione attiva di tutti i membri, su un'area di intervento integrata con flessibilità e un approccio olistico. - Partecipazione attiva a riunioni efficaci e strutturate per il confronto con possibilità di pianificazione integrata in obiettivi condivisi tra diversi professionisti, soprattutto per pazienti che necessitano di particolari attenzioni o che presentano problematiche correlate.

	<ul style="list-style-type: none"> - Per esperienza personale: rispetto delle reciproche professionalità/competenze e dei confini relativi ai singoli ambiti, lavoro in condivisione nelle aree grigie nelle quali possono operare più professioni, capacità di apprendere uno dall'altro, obiettivo comune: coinvolgere il pz nelle scelte di trattamento e tenere in grande considerazione i suoi bisogni psico-fisici e relazionali. - Deve basarsi sulla pari dignità, sul riconoscimento reciproco, sulle peculiarità di ciascuno e sulla capacità di integrarle nell'interesse del paziente/utente, per una presa in carico a 360°. - Si fonda su un obiettivo riabilitativo comune in una visione olistica della persona; siamo tutti riabilitatori e il paziente complesso, per raggiungere i suoi obiettivi, ha bisogno di ognuno di noi, non sempre in ugual misura. Ha bisogno che venga preso in carico non individualmente, ma in gruppo (team), in modo cooperativo. Come sottolineano i nostri profili professionali e i codici deontologici. - Sulla collaborazione e condivisione tra professionisti, sulla conoscenza e competenza multidisciplinare, sul valore del tempo di comunicazione tra professioni, sulla concordanza nella definizione degli obiettivi riabilitativi e sull'impegno d'equipe nel raggiungimento di questi. - Educazione, consulenza, diagnosi, cura, assistenza palliativa. Segue le esigenze del singolo paziente e dei familiari con una cultura promossa di collaborazione professionale. - Il modello dell'interprofessionalità dovrebbe considerare che sono necessari tempi e spazi adeguati ad un corretto sviluppo del modello. Le basi sono: la disponibilità di spazi e tempi adeguati, la giusta motivazione fra gli operatori, il rispetto reciproco ed un percorso di formazione che supporti la necessità di implementare le capacità cooperative nei diversi operatori coinvolti.
<p>Quali sono i punti di forza e debolezza nella collaborazione interprofessionale?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Migliore qualità dell'assistenza e un approccio più completo al paziente. Debolezze possono includere sfide nella comunicazione e nella coordinazione tra professionisti.

	<ul style="list-style-type: none">- Punti di forza: confronto (può non esserci esempio da logo succede che in alcuni servizi ci sia solo uno di noi), confronto con professionisti che hanno background, esperienze, formazione e quindi punti di vista diversi! Possibilità di creare dei percorsi integrati in cui i micro obiettivi sono divisi e quindi un percorso più breve o più efficiente (es anche compiti con lavoro su più obiettivi). Punti di debolezza: non funziona se non c'è un buon team di lavoro, le riunioni devono essere ben strutturate, possibilità di necessità di figure come un moderatore e un coordinatore delle riunioni, necessità di libertà di parola sentita ecc..., Oltre a questo → difficoltà nel trovare momenti in cui tutti i professionisti del team sono disponibili. Altro problema: difficoltà di comunicazione tra professionisti con linguaggi diversi → evitare il "medichese" interno.- Punti di forza: visione del paziente e delle problematiche da più punti di vista professionali, minor rischio di errori per condivisione del percorso riabilitativo, riduzione di doppioni: è possibile lavorare integrandosi evitando che più professionisti facciano lo stesso lavoro, possibilità di apprendere uno dall'altro. Punti di debolezza: se non ben gestito possono sorgere: conflittualità nella suddivisione dei ruoli, difficoltà comunicative tra professionisti, barriere consce o inconsce al cambiamento, conflitti interpersonali che possono avere ricadute sul paziente. Nell'organizzazione del lavoro sul pz (ad es. nel caso di una valutazione di un logopedista collegata a quella di uno neuropsichiatra ad es. per la stesura di un progetto riguardante l'attribuzione della L104 e l'assistenza degli insegnanti di sostegno od altro) può succedere che i tempi tra l'una e l'altra valutazione siano troppo distanti e che non si riesca a raggiungere l'obiettivo nei tempi auspicabili.- Il lavoro in team interprofessionali aiuta a massimizzare e rafforzare le competenze dei singoli professionisti, migliorare l'efficienza, garantire la continuità delle cure ed un loro maggior coordinamento, nonché coinvolgere il paziente e/o la famiglia nel processo decisionale. Viceversa possono verificarsi "sovrapposizioni", o problemi determinati dalle
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>differenze professionali, visioni differenti o addirittura conflittuali che ostacolano la necessaria circolarità e condivisione nella presa in carico e gestione del pz.</p> <ul style="list-style-type: none">- Punti di forza, molteplici punti di vista, molteplici competenze, soluzioni diverse a un problema comune da integrare. Punti di debolezza: gli stessi di un lavoro di gruppo, difficoltà nel trovare un comune accordo, in molti casi, ognuno di noi preferisce lavorare individualmente, perché un lavoro corale è più difficile. Visione gerarchica ancora delle professioni, difficile cambio di paradigma, difficoltà trovare tempo per discutere assieme, l'organizzazione è basata su ottimizzare tempi e incrementare le prestazioni, la quantità prevale sulla qualità.- Punti di forza → più energie, risorse e competenze per raggiungere obiettivi condivisi e superare le difficoltà, il valore del gruppo, presa in carico a 360° del paziente; Punti di debolezza → diversità di opinioni, necessità di conoscenze e competenze olistiche e comunicative, cambio di paradigma rispetto al passato.- Da una parte l'integrazione di più competenze professionali permette una gestione completa in tutte le sue sfumature di quel determinato paziente, dove alcuni aspetti ritenuti secondari da un professionista potrebbero essere presi in carico con valenza prioritaria da un altro. D'altro canto visioni differenti di trattamento/gestione potrebbero richiedere molto più tempo a discapito di un intervento più tempestivo oltre a generare conflitti all'interno della stessa equipe.- I punti di forza sono: la completezza dell'intervento di cura, la riduzione degli errori, un migliore alleanza terapeutica, una migliore aderenza del paziente al trattamento ed un migliore risultato finale atteso. I punti di debolezza sono: un aumento della tempistica necessaria per l'erogazione del servizio, un aumento dei costi, un potenziale aumento dei conflitti fra operatori che si può tradurre in peggioramento della qualità dell'atto di cura, la necessità di formazione in ambito comunicativo per gli operatori.
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Quali sono le analogie e le differenze tra le varie professioni in ambito formativo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Basi formative simili ma differiscono nelle specializzazioni e nelle competenze specifiche. - Professioni più “fisiche” e professioni più “psico-cognitive”. Diversi anche i linguaggi talvolta. Alcuni sono più abituati anche a livello formativo a lavorare in team di altre professioni. Alcuni hanno ambiti anche anatomici più ristretti di altri. - Analogie: alcuni professionisti hanno formazioni e modalità di lavoro simili e l’intervento di uno può in alcuni casi sostituirsi all’intervento dell’altro oppure possono lavorare insieme facendo delle sedute condivise es con il bambino (es TNPEE e fisioterapisti nei bimbi con problemi di coordinazione, bimbi autistici(?)), altri come gli psicologi , neuropsichiatri infantili hanno formazione diversa da tutti gli altri professionisti “del comparto” che però vanno ad integrarsi efficacemente (se il gruppo è funzionale). - Differenze relative ai percorsi specifici (sia laurea triennale che formazioni ECM e non di tipo monoprofessionale). Analogie riguardano l’essere figure dedicate alla riabilitazione, nei rispettivi codici deontologici etc... - Analogie: il paradigma è il medesimo sapere, saper essere, saper fare; Differenze: fisioterapista, più incentrato sul fare, manualmente parlando, educatore più incentrare sull’educare/aiutare, logopedista più sull’ istruire, To fondato più sul compensare/sostituire, TNPEE sul far sperimentare/giocare, podologo incentrato solo sul piede, poca visione globale. - Analogie → formazione basale simile (anatomia, psicologia, relazione con il paziente), “formazione alla cura”; differenze → formazioni specialistiche diversificate. - AMBITO FORMATIVO: Ogni professionista ha competenze differenti a seconda della laurea triennale scelta e dai corsi di formazione, master svolti nella carriera lavorativa per gli obblighi ECM. A Livello penale e deontologico tutti i professionisti hanno il dovere di favorire il benessere dell’individuo e della collettività.
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i professionisti sanitari della riabilitazione frequentano un corso di laurea triennale con abilitazione alla professione. Il percorso futuro prevede un unico percorso di laurea magistrale per tutte le figure della riabilitazione e diversi master di primo e secondo livello. Dal punto di vista formativo, la differenza consiste nel percorso di studi iniziale di provenienza, cioè le diverse triennali.
<p>Quali sono le analogie e le differenze tra le varie professioni nella pratica clinica?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Condividono l'obiettivo comune di migliorare la salute del paziente, differiscono nei metodi e nelle tecniche specifiche di trattamento. - Fattore tempo da dedicare al paziente, per alcuni tempo prestabilito, altri dedicano il tempo necessario... alcuni bisogno di più compliance con il paziente di altri... alcuni devono lavorare più necessariamente in team anche solo per fattore organizzativo o perché più figure in quel contesto. Altra differenza: alcuni reparti più inclini al lavoro in team tra professioni di altri. - Analogie: per alcuni aspetti e per certi professionisti parte delle competenze sono condivise ma non sempre e non in tutti i campi scientifici specifici; Differenze es. i fkt fanno la diagnosi funzionale i medici fanno la diagnosi. A livello di autonomia essa può essere più o meno ampia a seconda di quanto contenuto nel profilo professionale. - Differenze relative al trattamento del problema specifico per cui la persona (utente/paziente) si rivolge al servizio, quindi differenze nelle tecniche e nei metodi utilizzati (da qui la necessità di adottare uno sguardo più ampio – pz spesso si rivolge ad un servizio perché ha un problema ma non è l'unico problema – sviluppare capacità di coinvolgere e integrare altri professionisti della riabilitazione...). - Analogie: Abbiamo una mission comune, siamo tutti riabilitatori, siamo incentrati sulle persone, metodologia di lavoro simile per problemi-obiettivi- strategie; Differenze: formazioni diverse, priorità diverse, sensibilità diverse, modi di agire diversi, tempistiche diverse. - Analogie → obiettivi riabilitativi con i pazienti, profili professionali con sovrapposizioni nelle competenze; differenze

	<p>→ conoscenze e competenze settoriali e specializzate comportano occhi clinici che guardano verso differenti aree e bisogni del paziente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - PRATICA CLINICA: Anche all'interno della stessa professione ci possono essere differenze di metodo nel trattamento dei pazienti, anch'essi diversi (vedi master riabilitazione neurologica, sportiva, respiratoria in fisioterapia). L'analogia riguarda sostanzialmente l'obiettivo finale, ovvero riabilitare e rieducare il paziente a svolgere attività che prima non era in grado di fare autonomamente, o quantomeno, perseguire un miglioramento della sua condizione iniziale. - Tutti i professionisti sanitari della riabilitazione frequentano un corso di laurea triennale con abilitazione alla professione. Il percorso futuro prevede un unico percorso di laurea magistrale per tutte le figure della riabilitazione e diversi master di primo e secondo livello. L'ambito clinico è profondamente diverso il base al settore della riabilitazione nel quale il professionista opera.
<p>Qual è l'influenza del modello olistico nell'interprofessionalità sanitaria-riabilitativa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sottolinea il trattamento della persona nel suo complesso, che è fondamentale nell'interprofessionalità per un trattamento completo. - Il fatto di ragionare del paziente super partes può permettere di vedere in termini più generali il problema di fondo (soprattutto disturbi psico/cogni), questo può essere ragionato con più velocità e completezza nel confronto di professionisti quando sorge l'ipotesi. Più pratico e veloce se gestito bene (occuparsi assieme del doppio degli obiettivi "combinabili" → doppio del tempo di terapia). - La medicina in tutti i campi si sta aprendo sempre di più agli aspetti olistici: tenere conto della totalità del pz, fare dei progetti di cura ed educazione sempre più integrati rappresentano una importante sfida per il futuro. - Una presa in carico a 360° che veda la presa in carico del paziente non solo nell'ottica salute/malattia ma in senso più ampio (no compartimenti stagni)

	<ul style="list-style-type: none"> - La base fondante, il modello ICF ce lo insegna, tutto può influenzare tutto. - La comprensione e l'accettazione del modello olistico rappresenta la base per la realizzazione dell'interprofessionalità. - Sono concetti molto legati, in quanto il risultato di una collaborazione interprofessionale comporta un approccio globale al paziente secondo un modello olistico, orientato al tutto per rispondere alle sue esigenze. - La ridefinizione del concetto di salute da parte dell'OMS, la diffusione del modello biopsicosociale e della medicina incentrata sulla persona, stanno modificando l'essenza della pratica riabilitativa, sia a livello del professionista e dell'organizzazione sanitaria. Questo processo ha portato una decentralizzazione della figura del medico, una centralizzazione del paziente ed una progressiva necessità per tutti professionisti sanitari di collaborare assieme all'intervento di cura.
<p>Quali sono le principali strategie che possono essere attuate per favorire l'interprofessionalità?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Includono la formazione interprofessionale, l'uso di protocolli di comunicazione efficaci e la promozione di una cultura di collaborazione. - In ambiente ambulatoriale/struttura ospedaliera: Se possibile divisioni in "team stabili". Organizzazione degli orari con riserva di almeno un'ora settimanale per ragionare su pazienti proposti dai professionisti come "necessari di più terapeuti/ collaborazione tra i professionisti". In ambiente territoriale a domicilio o meno necessaria collaborazione tra i professionisti che prendono in carico un paziente per mantenere la vista sul quadro globale anche nel progresso → es confronto anche via videochiamata bimensilmente. Altre modalità di supporto: diari condivisi? Ma problema linguaggio specifico. Sezione commenti di gruppo?? - Favorire un clima sereno e collaborativo cercando di smussare le tensioni, evitare il giudizio, favorire la formazione continua e specifica per tutti i professionisti che poi possano condividerla con gli altri ed applicarla sui pz.

	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire conoscenza reciproca (rispetto alle specificità di ciascuna figura e livelli di efficacia), conoscere le rispettive job description, promuovere riunioni d'equipe, supervisioni condivise sui casi specifici, formazioni multiprofessionali. - Dare tempo per confrontarsi, per condividere, per conoscere, più riunione, più comunità di pratica, più incontri informativi. Eliminare il paradigma gerarchico, per favorire il modello manageriale, il concetto di responsabilità professionale deve essere alla base, voglia di mettersi in discussione e incrementare la nostra capacità di ascolto e disponibilità al confronto, il desiderio di imparare da altri punti di vista. - Lavoro in equipe, management del gruppo di lavoro, creazione di un codice linguistico condiviso, garantire tempo sufficiente per realizzare il paradigma interprofessionale, formazione multidisciplinare. - Ambiente di lavoro sano e aperto al dialogo, conoscenza reciproca tra professionisti per capire dove giungono i limiti di operazione di ognuno, simulazioni di casi clinici come "allenamento", riunioni per discutere criticità e miglioramenti. - L'interprofessionalità è una modalità lavorativa che richiede: la presenza di diversi esponenti delle professioni sanitarie, spazi e strumentazione adeguati, tempi di lavoro flessibili e percorsi di formazione/esperienziali dedicati per migliorare la collaborazione fra i professionisti.
<p>È fattibile il lavoro di gruppo tra tutti i professionisti sanitari della riabilitazione?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Richiede un'organizzazione efficace e una chiara definizione dei ruoli. - Dipende dal paziente e dal contesto di reparto e di servizio. È possibile se tutti i professionisti servono a quel paziente specifico. È possibile se c'è un punto in comune tra le professioni (es podologo/logopedista???) - Sì. - È possibile a auspicabile. Si sta prospettando la necessità di integrare diverse professionalità per una presa in carico e una gestione più completa ed efficace del paziente, che non lasci zone d'ombra, che veda l'integrazione di punti di vista

	<p>diversi che insieme si completano (senza sovrapporsi e/o ostacolarsi). Sempre più pazienti portano problematiche multidimensionali, maggiori complessità. Necessità di integrare tecniche con abilità relazionali, rendere comunicazione più completa ed efficace.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assolutamente Sì, ma deve esserci un cambio di paradigma e una riorganizzazione aziendale. - Fattibile sì, ma non sempre necessario, dipende dai bisogni del paziente - È possibile e, in alcuni casi, necessario. Ad oggi la longevità è aumentata ma molti pazienti presentano un quadro complesso, non solo la componente neuromotoria è rilevante ma anche quella cognitivo-comportamentale. - Il concetto di fattibilità è aleatorio, nella teoria appare tutto possibile, ma bisogna considerare la realtà pratica e l'organizzazione della struttura sanitaria in cui i suddetti professionisti dovrebbero lavorare assieme. Nonostante la cooperazione appaia auspicabile, dal punto di vista pratico appare molto difficile da realizzare.
<p>In ambito riabilitativo si parla la stessa lingua? O vi sono problematiche comunicative intrinseche nelle varie professionalità?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ogni professione ha i propri concetti specifici, è importante sviluppare un linguaggio comune per una comunicazione efficace. - Possono esserci problematiche comunicative talvolta dettate da ignoranza in una o entrambe le parti- vale lo stesso con il pz - I linguaggi possono essere lievemente diversi, ma nei gruppi "ben assortiti e ben gestiti" alla fine i linguaggi si integrano - La creazione di un linguaggio comune (di una cultura dell'interprofessionalità) rappresenta un processo che va costruito e curato costantemente - No, in alcuni casi, bisognerebbe creare un linguaggio comune condiviso, evitare ambiguità, evitare tecnicismi inutili, favorendo la semplicità, seguendo le massime di Paul Grice. - Secondo me ad oggi non si parla la stessa lingua ma per ragioni formative, non per problematiche comunicative intrinseche

	<ul style="list-style-type: none"> - È un processo che richiede tempo anche per il livello di esperienza e competenza tra professionisti giovani e più anziani. È fondamentale prima conoscersi bene per comprendere bene, dove la gestione dei più veterani del gruppo tende a rivolgersi per gestire nel migliore dei modi il paziente - In ambito riabilitativo non ci sono problematiche legate alla comunicazione, soprattutto se la matrice culturale dei professionisti è la stessa (ad esempio se hanno studiato in Italia). CI potrebbero essere delle difficoltà di comprensione legate alla specificità di intervento legate alla formazione dei singoli riabilitatori: è difficile per un logopedista comprendere appieno il punto di vista, ad esempio, di un educatore professionale e così via.
<p>È possibile integrare i diversi punti di vista professionali nell'ottica di una cura centrata sul paziente a livello clinico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Possibile e desiderabile, richiede impegno per capire e rispettare le diverse prospettive. - In teoria quello è l'obiettivo e la collaborazione interdisciplinare si è mostrata (letteratura) efficace ed efficiente. Bisogno di ottica aperta al punto di vista degli altri professionisti e anche di non delinearne rigidamente i confini, pur non invadendo. - Sì. - È necessario integrare i punti vista nell'interesse del paziente/utente (sempre più pazienti multiproblematici, aumento aspettativa di vita, cronicità etc). Una presa in carico condivisa favorisce maggior efficacia nelle cure, maggior compliance del pz e dei familiari - Non è che è possibile, è fondamentale per poter trattare pazienti complessi. Come? Analizzando le analogie e differenze, mettendosi in giocò, riorganizzando il tempo e gli obiettivi, trovando un linguaggio comune e tutto ciò che abbiamo detto prima. - Si è possibile. - Sono, per così dire, obbligatorie le condivisioni dei punti di vista per una gestione più completa e uniforme del paziente. È uno dei macro-obiettivi della gestione interprofessionale.

	<ul style="list-style-type: none"> - Non sussiste questo dubbio: il modello della medicina incentrata sulla persona (PCC) è testimonianza del fatto che sia necessario e rappresenta il futuro dell'atto di cura.
<p>Come è possibile bilanciare il piano organizzativo con il benessere del paziente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Focus costante sulle esigenze del paziente, mantenimento di un'efficienza operativa. - "Interprofessionalità" richiede una riorganizzazione degli spazi e dei tempi, una riorganizzazione della identità percepita della propria professione per alcuni. - Tenendo conto in primis delle esigenze prioritarie del paziente, senza trascurare le principali esigenze organizzative che favoriscano l'efficienza del servizio, è necessario porsi degli obiettivi realistici tenendo conto sia del bilancio che delle esigenze organizzative aziendali. Vanno analizzate con cura tutte le inefficienze (es interventi poco efficaci, doppioni di intervento): EFFICIENZA ED EFFICACIA. È la parola d'ordine che i manager hanno portato nei servizi sanitari: se ci fossero più risorse economiche di certo ciò sarebbe più facile, ma in ogni caso è necessario ottimizzare le risorse a disposizione dando priorità alle esigenze indifferibili e prioritarie dei pazienti in modo da distribuirle in modo equo. Utile è anche l'educazione sanitaria che consente ai pz di diventare autonomi nella gestione di alcune problematiche croniche e di prevenire l'aggravamento di altre (è importante investire nella cultura sanitaria dei cittadini). - Necessario mantenere efficienza operativa, ottimizzare risorse ma focus sulle esigenze del pz/utente - Si se si capisce che il tempo del confronto è tempo di cura e vale come una terapia stessa. - Penso sia necessario discutere e riorganizzare i tempi lavorativi con tutta l'azienda. - Non è assolutamente facile, soprattutto per pazienti esigenti e con molte problematiche associate. A volte potrebbe accadere che richieda molto tempo di confronto in equipe con il raggiungimento di piccoli guadagni e poca soddisfazione da parte dell'utente. Solo un gruppo solido e unito da una

	<p>relazione e cooperazione eccellente potrebbe prevenire questi problemi e giungere alla radice del problema in minor tempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bisognerebbe partire da un'analisi dei bisogni a più livelli: partendo dalla necessità della struttura locale, dell'utenza e del sociale a livello geografico. Spesso vengono proposti dei cambiamenti e riorganizzazioni delle strutture sanitarie a livello geografico con interesse principalmente economico, per cui vengono conseguentemente trascurate le realtà del singolo utente e del contesto sociale di riferimento.
<p>È necessaria la presenza del case manager? Che tipo di figura deve essere?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cruciale per coordinare i vari aspetti dell'assistenza, essenziale nella gestione e nella comunicazione grazie alle sue conoscenze e competenze. - Dovrebbe essere una persona che ha la stima del team, che abbia idea della professione dei partecipanti, che sia un buon moderatore e che sappia gestire e "sfruttare" le personalità del team, con buone capacità organizzative soprattutto nel tempo da dedicare ai casi ecc... e prendere decisioni finali raccogliendo le varie opinioni. - Il case manager è una figura molto importante. Deve essere una figura che al di là della professionalità e competenze specifiche del proprio profilo, si dedichi a gestire in toto le esigenze del pz, che si occupi di tenere le fila ed i contatti con i vari professionisti, caregivers, istituzioni (es istituti scolastici) ecc.... - La figura di una case manager può essere molto importante in quanto riferimento per l'utente/paziente e i suoi familiari, ma anche all'interno dell'equipe. Deve essere una figura che abbia sviluppato capacità di lavorare in team, con buone competenze relazionali (sia nel dare/trasmettere informazioni ma anche nella capacità di cogliere esigenze, bisogni e contributi). - Fondamentale, devono essere formati per farlo, non tutti ne sono in grado, deve essere una figura che tira le fila, che si confronta con tutte le altre figure in continuazione, che si occupi di tutto il percorso del paziente, la figura non deve

	<p>essere il più alto in grado, ma la figura di cui ha più bisogno il paziente e lo conosce meglio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penso sia importante per indirizzare il gruppo e gestire le varie professionalità nella presa in carico del paziente. - Molto utile una figura di riferimento che faccia da portavoce e riassuma tutte le valutazioni e operazioni di ciascun professionista nell'equipe. - La presenza del case manager può essere sicuramente d'aiuto alla gestione del progetto riabilitativo condiviso, ma non è sempre possibile individuarla perché dipende dall'organizzazione della struttura che vengono prese in esame. La figura del CM dovrebbe essere una figura dedicata all'organizzazione del caso ed alla relazione con l'ambiente familiare ed il paziente. Sono necessarie delle competenze organizzative, relazionali, motivazione e flessibilità.
<p>Quali sono le prospettive e le sfide future della collaborazione fra i diversi operatori della riabilitazione?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La gestione di risorse limitate, l'adattamento a nuove tecnologie e metodi di trattamento e la promozione di una collaborazione sempre più stretta tra professionisti. - Rendere l'organizzazione ospedaliera più a misura di collaborazione, formare gli operatori per la collaborazione interprofessionale. - ad espandere i modelli di lavoro in equipe multidimensionale nelle strutture territoriali è un obiettivo che va ricercato. Creare cultura relativa al lavoro multiprofessionale e ai punti di forza del lavoro in equipe per consentire ad un numero sempre maggiore di professionisti di poter lavorare insieme integrando le reciproche competenze e responsabilità. - Aumento pz con cronicità, maggiori complessità / multiculturalità/ coniugare competenze tecniche con competenze relazionali; multiproblematicità = necessità di una presa in carico e di una gestione che vada oltre il singolo intervento specifico; minore budget, maggior coinvolgimento del pz e dei familiari nel processo di cura; riduzione posti letto ospe-

	<p>dalieri e meno MMG; necessità di promuovere maggior educazione alla salute / aumentare la competenza dei pz e dei familiari.</p> <ul style="list-style-type: none">- Il futuro sarà quello di un trattamento olistico del paziente a trecentosessanta gradi, il paziente non verrà più abbandonato a sé stesso, ma il concetto di presa in carico (globale) sarà finalmente rispettato in tutte le sue sfaccettature.- Rriuscire ad implementare veramente l'interprofessionalità e la figura e ruolo del case manager nelle varie realtà sanitarie (anche quelle in evoluzione, come la sanità di prossimità).- Italia è uno dei paesi più longevi con alto tasso di popolazione anziana. Siccome la qualità della vita è più elevata, insorgeranno molte più problematiche, quali fisiologiche con l'avanzare dell'età. L'obiettivo è garantire la miglior qualità della vita con minor risorse impiegate in termini di costi e spazi nei reparti ospedalieri.- Un aspetto interessante sarà sicuramente quello di individuare una modalità nuova nell'organizzazione sanitaria che permetta e favorisca la collaborazione fra i professionisti e che possa integrare l'istituzione sanitaria e quella sociale. Istituire dei percorsi formativi che affinino le abilità di collaborazione ed organizzare l'orario di lavoro del personale in modo da considerare la necessaria flessibilità per incontri, riunioni, aggiornamenti...
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------